CATOIR

Non seulement la dysphagie a cédé, mais nous avons vu la plupart du temps une amélioration très nette dans l'état des lésions tuberculeuses du larynx. Évidemment nous ne pouvions mieux obtenir, nos malades, sauf obs. V, étant si fortement touchés.

Comment agit ce produit de culture du bacille de Koch ? Il est administré par les voies digestives mêlé à une cuillerée de liquide quelconque. Absorbé il se répand dans l'organisme ; il est porté au contact des lésions tuberculeuses ; il exerce sur elles une modification que l'on ne peut encore préciser. Est-ce une antitoxine ? est-ce un modificateur de la nutrition dans les régions malades ? c'est ce que l'on ne saurait dire. Il est besoin d'études plus longues, de recherches plus multipliées, d'expériences plus nombreuses pour asseoir une opinion. Nous nous bornons à constater que la dysphagie et les douleurs spontanées, quand elles existent, sont adoucies ou supprimées et qu'il se produit une modification favorable dans l'état des légions laryngées.

Quand nous aurons étudié ce produit microbien dans des cas moins graves, chez des tuberculeux du larynx au début avec lésions pulmonaires légères et état général assez bon, nous essaierons de trouver le mécanisme de son action. Nous avons constaté un résultat intéressant, nous le consignons tel quel; heureux nous serons si nous pouvons contribuer à soulager des malheureux, encore plus heureux si nous pouvions améliorer les lésions pulmonaires en même temps que les altérations laryngées : on aurait alors plus d'espoir de guérir la tuberculose laryngée.

Conclusions : Le produit microbien, extrait de cultures du bacille de Koch, qui, entre les mains du docteur Bourgois, a donné d'excellents résultats dans le traitement de la tuberculose pulmonaire au début, peut rendre service aux tuberculeux du larynx, même très avancés :

1° Il est absolument inoffensif. Il augmenterait même les forces des malades, sans qu'on puisse l'affirmer absolument;

2° Il calme la disphagie dans la tuberculose laryngée et les douleurs spontanées quand elles existent ;

3° Il exercerait une action favorable sur les lésions laryngées, même très avancées ;

4° Il a donné des résultats dans les cas où tous les moyens ordinaires ont échoué.

NOTE CLINIQUE

Sarcome mélanique de la région ombilicale chez un homme de 65 ans, par le Dr S. Catoir, membre correspondant (1).

M. Clovis S..., cultivateur, âgé de 65 ans, à B... (Pas-de-Calais), est un grand vieillard vigoureux, mais un peu obèse. Il a eu jadis des accidents d'asystolie, de l'œdème des membres inférieurs et des poussées discrètes d'eczéma des mêmes régions. Il porte encore quelques vésico-pustules d'une folliculite, dont la dissémination s'explique parce que toute la peau est très velue et que les mouvements n'ont ni prestesse, ni souplesse.

En juillet 1898, son attention est attirée par un peu de suintement de l'ombilic. Ce suintement est coloré, peut-être même sanguinolent. A cette date il existe une simple tache brunâtre, sans induration sous-jacente, qui forme tumeur. C'est une simple macule noire située à quelques millimètres au-dessus de l'ombilic.

En novembre, il devient manifeste, qu'il existe une nodosité sous-jacente. Il y est fait d'abord des applications de pommades, puis diverses poudres médicamenteuses de couleur jaune sont essayées ; enfin la destruction en est entreprise au moyen du thermocautère.

---

(1) Communication à la Société Anatomo-clinique de Lille.

En janvier 1899, la tumeur ne disparaît pas ; les deux petites plaies sont hémorrhagiques. M. le Dr S. Catoir, fait le diagnostic de sarcôme mélanique et conseille l'extirpation.

Le 23 janvier, M. Guermonprez reconnaît que la tumeur occupe la lèvre supérieure de la cicatrice ombilicale, laquelle suit une courbe transversale ouverte en bas. La tumeur est peu saillante ; elle occupe la couche cellulo-graisseuse sous-cutanée, laquelle est épaisse sur toute la surface de l'abdomen. Elle est mobile sur la ligne blanche, mais non pas sur le tissu ombilical. Ses dimensions sont de 30 millimètres, tant en hauteur qu'en largeur ; sa configuration est à peu près celle d'un demi-cercle, dont le centre répondrait au centre de l'ombilic. Là il est impossible de discerner jusqu'à quelle profondeur se propage le tissu néoplasique ; mais il paraît occuper les couches profondes. La percussion de la région, pratiquée légèrement, ne semble indiquer aucune propagation intra-abdominale. La consistance est uniformément lardacée, sans lobulation du pourtour. La coloration est ardoisée dans une étendue de 20 à 25 millimètres, avec amincissement et adhérence de la peau à la tumeur. Deux plaies, l'une de 6, l'autre de 8 millimètres de diamètre, présentent des bords nets, des bourgeons, qui ne sont ni saillants ni déprimés ; mais ces bourgeons, qui saignent au moindre contact, ont une coloration noire très nette, qui impose le diagnostic de tumeur mélanique. Au-dessous de l'ombilic se trouvent plusieurs pustules de folliculite, dont chacune est environnée d'une auréole d'un rouge violacé et dont le surface laisse craindre un ensemencement du néoplasme, en d'autres régions circonvoisines. C'est pourquoi, le jour même, la région est rasée ; puis il est fait des pansements au moyen d'une seule couche de gaze aseptique, imbibée d'une copieuse proportion d'une pommade au salicylate de bismuth avec 1/30 de baume du Pérou. Les pansements et aussi les nettoyages sont renouvelés six ou huit fois par jour.

Le 27 janvier, la crainte de l'ensemencement paraît être écartée ; et la tumeur est enlevée à la maison Saint-Camille par MM. Guermonprez et Catoir. L'incision circonscrit la tumeur en un triangle qui passe à un centimètre au moins de tout le pourtour ; elle pénètre d'emblée jusqu'à la couche aponévrotique superfi-

cielle. La tumeur se détache des couches sous-jacentes sans aucun effort ; elle se présente, pour ainsi dire, dès que l'exérèse est achevée dans son pourtour. Dès lors, elle n'adhère plus que par le conduit ombilical. Il est facile d'en faire la palpation : ainsi, on constate que ce conduit est vide dans une longueur de 15 à 20 millimètres. La section en est faite d'un coup de ciseaux au ras de la ligne blanche. La surface de section est explorée : on n'y discerne pas la moindre apparence d'élément épidermique ; un double point de suture y est fixé en X ; et l'autoplastie de la région est menée par glissement latéral de deux lambeaux, de façon que la ligne de suture présente une forme de T renversé.

Les premiers pansements sont aseptiques.

Le 6 février, il devient manifeste qu'une très petite portion du pourtour de la plaie se sphacèle : c'est à peine large de deux millimètres ; et c'est précisément au milieu de la lèvre inférieure de la plaie, là où il n'y a pas eu le moindre tiraillement. On revient aux pansements gras à la base de salicylate de bismuth, avec baume du Pérou.

Les fils de suture sont enlevés le quinzième jour ; la réunion est obtenue partout, sauf au niveau de l'élimination du petit lambeau sphacélé. Il y a encore un peu de rougeur de la région.

Quelques jours plus tard la guérison est achevée, sans autre précaution qu'un revêtement temporaire de la cicatrice par un écusson de sparadrap de diachylon.

L'examen microscopique a confirmé le diagnostic : il s'agit, en effet, d'une tumeur sarcomateuse mélanique dont le pronostic doit être réservé.
